



## 12. Können andere Operationen gleichzeitig mit dem Aris™ durchgeführt werden?

Ja, es ist zum Beispiel die Prolapschirurgie oder Hysterektomie möglich.

## 13. Kann Aris™ an einem Patienten mit schwachem Gesundheitszustand eingesetzt werden?

Ja, in den meisten Fällen. Die Einlage von Aris™ gilt als minimal invasive Chirurgie. Sie kann in Vollnarkose oder lokaler Anästhesie vorgenommen werden. Der Operateur und der Anästhesist werden die beste Möglichkeit in Übereinstimmung mit dem Zustand des Patienten wählen.

## 9. Werde ich nach dem Eingriff noch Probleme beim Wasserlassen haben?

Der Harnstrahl kann langsamer sein. Sollte ein ungewöhnlich häufiger oder starker Harndrang auftreten, was nicht sein dürfte, wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt.

## 10. Besteht das Risiko einer Harnwegsinfektion?

Es dürfte kein Risiko bestehen, sofern Sie keinen Katheter haben.

## 11. Kann das Band austreten?

Das ist eine seltene Komplikation und führt zu Blutungen oder Ausfluss. In einem solchen Fall wenden Sie sich bitte an Ihren behandelnden Arzt. Wenn das Band ausgetreten ist, kann es überdeckt werden und könnte eine Antibiotika- oder Hormonbehandlung notwendig sein.

### REFERENZEN

- 1- Monga A, Robinson D, Stanton SL (1995) Periurethral collagen injections for genuine stress incontinence: a two-year follow up. Br-J-Urol. 1995 Aug; 76(2): 156-60
- (2) TransobturatorsTape (Uratape®) : A New Minimally-Invasive Procedure to Treat Urinary Incontinence. Emmanuel Delorme, Stephane Droupy, Renaud de Teyrac, Vincent Delmas, European Urology 45 (2004) 203-207
- (3) Surgical Treatment of Female Stress Urinary Incontinence with a Trans-Obturator-Tape (T.O.T.®) Uratape® : Short Term Results of a Prospective Multicentric Study. P.Costa, P.Grise, S.Droupy, F.Monneins, C.Assenmacher, P. Ballanger, J.F.Hermieu, V.Delmas, L.Boccon-Gibod, C.Ortuno. European Urology 46 (2004) 102-107

Diese Broschüre wurde unter Mitarbeit von Professor Stuart Stanton verfasst.

**PORGES**

**Deutschland**  
Coloplast GmbH  
Postfach 70 03 40  
22003 Hamburg  
Tel.: 0 40 / 66 98 07-77  
Fax: 0 40 / 66 98 07-48  
www.coloplast.de  
E-Mail: devks@coloplast.com

**Österreich**  
Coloplast Ges.m.b.H.  
Thomas-Klestil-Platz 10  
1030 Wien  
Tel.: 01 / 7 07 57 51 0  
Fax: 01 / 7 07 57 51 30  
www.coloplast.at  
E-Mail: atbestellung@coloplast.com

**Schweiz**  
Coloplast AG  
Euro-Business-Center  
Blegistrasse 1  
6343 Rotkreuz  
Tel.: 041 / 799 79 79  
Fax: 041 / 799 79 40  
www.coloplast.ch  
E-Mail: swissinfo@coloplast.com

 **Coloplast**

PORGES



aris<sup>TM</sup>  
TRANS-OBTURATOR TAPE

*Für die Behandlung  
der weiblichen  
Belastungsinkontinenz*

Die Harnkontinenz wird im Kindesalter erworben. Spätere Ereignisse wie Niederkunft, Operationen im Beckenbereich und Klimakterium können zur Harninkontinenz führen...



**Coloplast**

## Einleitung

Der Harn wird kontinuierlich von den Nieren produziert und in der Harnblase gesammelt. Bei der willkürlichen Entleerung der Blase entspannt sich der Harnröhrenschließmuskel (durch den die von der Blase austretende Harnröhre führt). Die Harnblase, die ein muskulöses Organ ist, zieht sich zusammen. Wenn die Harnblase entleert ist, entspannt sie sich und schließt sich der Schließmuskel erneut (Abb. 1)

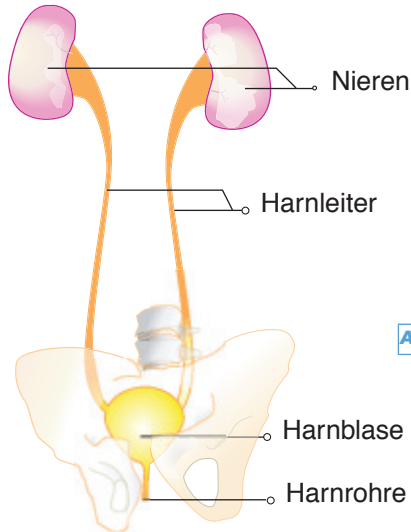


Abb. 1

Harninkontinenz tritt auf, wenn der Schließmuskelmechanismus gestört ist, was zum unfreiwilligen Harnabgang bei Bewegungen oder Anstrengungen führt. Diese Erscheinung wird als Belastungsinkontinenz bezeichnet. Manchmal erfolgt eine Zusammenziehung der Blasenmuskulatur bei nur geringer Blasenfüllung, was Drangsymptome und Dranginkontinenz hervorruft. Eine Dranginkontinenz kann bei geschädigter Nervenversorgung der Harnblase, kaltem Wetter, Nässe oder lediglich bei "Einstecken des Schlüssels in die Haustür" auftreten. Inkontinenz kann sehr belastend sein und auf das Privat- und Berufsleben einwirken. Die Lebensqualität erfährt durch sie eine starke Minderung. Dagegen gibt es zahlreiche und auch nicht-chirurgische Behandlungsmöglichkeiten.

## Einfache Maßnahmen

Eine Behandlung ist abhängig von der Ursache. Im Vorfeld ist eine Harnwegsinfektion oder Blasenentzündung anhand einer Urinuntersuchung auszuschließen. Wenn das Hauptbeschwerdebild durch Belastungsinkontinenz geprägt ist, dann kann eine tägliche Beckenbodengymnastik hilfreich sein. Falls diese erfolglos sein sollte, sind Blasenuntersuchungen (urodynamische Untersuchungen) notwendig, um die Ursache der Inkontinenz abzuklären. Bei Bestätigung der Belastungsinkontinenz können Substanzen in die unmittelbare Harnröhrenumgebung injiziert werden, um eine zusätzliche Stärkung zu verschaffen. Diese Behandlungen werden in der Tagesklinik und in lokaler Anästhesie ausgeführt. Die Erfolgsrate kann bis zu 70 % betragen (1). Alternativ hierzu gibt es die minimal invasive Kontinenzchirurgie, die

nachstehend erläutert wird. Größere chirurgische Eingriffe als Primärbehandlung der Inkontinenz wie Kolposuspension sind heutzutage weniger verbreitet, sofern keine zusätzlichen chirurgischen Maßnahmen erforderlich sind.

## Urethralbänder

Seit 1997 wurde eine neue Generation von Kontinenzbehandlungen entwickelt, bei denen es sich um die Urethralbandtechnik handelt. Ihr Prinzip beruht auf der Unterstützung der mittleren Harnröhre unter körperlicher Belastung und nicht auf der Anhebung der Verbindungsstelle zwischen Harnröhre und Blase (Blasenhals), wie es im Vorfeld üblich war. Die Bandchirurgie ist weniger invasiv als die konventionelle Chirurgie, hat weniger operative und postoperative Komplikationen und kann als tagesklinisches Verfahren in lokaler Anästhesie und unter Gabe von Sedativa ausgeführt werden. Sie macht keinen Katheter erforderlich, sofern keine zusätzlichen Eingriffe notwendig sind. Die postoperativen Beschwerden sind minimal und die Wiederaufnahme des Arbeitslebens erfolgt in der Regel nach ungefähr einer Woche.

## Aris™ (Transobturatorisches Band)

Aris™ ist ein Band, das im mittleren Urethralbereich liegt. Über einen Vaginalschnitt wird es horizontal unter der Urethra von einer Fossa obturatoria zur anderen Fossa obturatoria reichend eingelegt (Abb. 2). Hierbei besteht theoretisch kein Risiko einer Verletzung der Harnblase oder Harnröhre und ist keine Zystoskopie erforderlich. Der Eingriff dauert 20 Minuten. Komplikationen aller Urethralbänder umfassen Miktionsstörungen, Harnwegsinfektion, Harndrang, Erosionen und ein geringes Risiko der Bandinfektion. Die Heilungsrate nach einem Jahr liegt bei 90 % (2, 3). Die Indikationen für Aris™ sind die Erst- und Zweitbehandlung von urodynamisch bestätigter Belastungsinkontinenz, Aris™ ist ein Monofilament-Maschenband aus Polypropylen, und es gestattet das Eindringen von weißen Blutkörperchen, so dass das Infektionsrisiko im Band minimiert wird. Innerhalb kurzer Zeit verwachsen körpereigene Zellen mit dem Band, so dass es eine stabile Lage erhält.

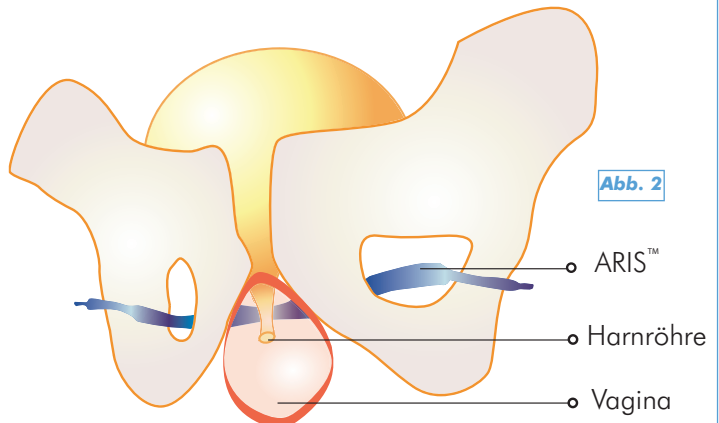


Abb. 2

# Fragen Fragen Fragen Fragen

## **1. Wann ist eine Behandlung mit einem ARIS™ erforderlich?**

Ihr Arzt wird Ihnen aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse die geeignete Behandlungsform vorschlagen. In vielen Fällen verspricht die Einlage eines Aris™ den gewünschten Behandlungserfolg.

## **2. Kann die Behandlung wiederholt werden, falls sie versagt?**

Ja, ein weiteres Aris™ kann eingelegt werden, sofern sich bei urodynamischen Untersuchungen die Notwendigkeit hierzu ergeben sollte. Alternativ kann auf traditionelle chirurgische Verfahren zurückgegriffen werden.

## **3. Kann das Band reißen oder verrutschen?**

Das Bandmaterial ist sehr widerstandsfähig und binnen weniger Tage wächst fibröses Gewebe in die Poren ein, so dass es in seiner Lage gesichert wird. Es ist daher unwahrscheinlich, dass es reißt oder verrutscht.

## **4. Welche Narkoseform ist für diese Operation die Richtige?**

Ihr behandelnder Arzt wird mit Ihnen die für Sie günstigste Narkoseform herausuchen. Die Bänderinlage ist in lokaler Anästhesie ebenso möglich wie in einer regionalen Betäubung oder in einer Vollnarkose.

## **5. Muss ich nach der Operation mit starken Beschwerden rechnen?**

Nach dem Eingriff kann es zu vorübergehenden Beschwerden kommen, die in der Regel jedoch eher geringfügig und mit leichten Medikamenten gut zu behandeln sind.

## **6. Werde ich eine Narbe haben?**

Es wird zwei kleine Narben an der Außenseite der Vagina und eine kleine Narbe in der Vagina selbst geben. Die Narben heilen zufrieden stellend innerhalb von drei Wochen ab.

## **7. Wann kann ich meine normalen Tätigkeiten wieder aufnehmen?**

Nach der Operation sollten Sie sich einige Wochen lang schonen und vor allem nicht schwer heben. Sechs Wochen lang sollten Sie nicht Baden, in die Sauna gehen und auf Geschlechtsverkehr verzichten. Nach 8 – 10 Wochen dürfen Sie auch wieder schwerer Tätigkeit nachgehen.

## **8. Welche Fitnessübungen kann ich nach der Operation machen?**

Sie werden aufgefordert, möglichst viel und ganz nach Belieben zu gehen. Schwimmen, Jogging und Tennis sollten über einen Zeitraum von ungefähr vier Wochen unterlassen werden, damit das Band fest einwachsen kann. Gymnastik, Pilates und das Heben von schweren Lasten sollten mindestens sechs Wochen unterbleiben.

